



Pós-Graduação em
Atenção Básica
em Saúde da Família



GRETTY BOADA PEREZ

**DETECÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS DA ESF NOVA COLINA DE BRASÍLIA/DF**

CAMPO GRANDE/MS
2014

GRETTY BOADA PEREZ

**DETECÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS DA ESF NOVA COLINA DE BRASÍLIA/DF**

Projeto de Intervenção apresentado como requisito
para obtenção do Certificado de Pós-Graduação,
do Curso de Pós Graduação em Saúde da Família
da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Orientadora: Prof^aMs. Renata Cristina Losano
Feitosa

**Campo Grande/MS
2014**

DEDICATÓRIA

Dedico este Projeto ao meu filho, a razão de minha vida....

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho, Oscar Luis, por compreender minha ausência, estando sempre me incentivando e me dando palavras de carinho e confiança.

Aos meus pais, Luis e Maria Del Carmen, por acreditar em mim e estar sempre ao meu lado nos momentos que mais precisei.

A minha tutora Renata, por compreender minhas dificuldades nesta trajetória, por acreditar em mim, por compartilhar comigo seus ensinamentos.

Aos colegas de trabalho pela acolhida e o apoio.

As amigas conquistadas nesta trajetória, em especial às minhas companheiras da equipe.

Ao Ministério de Saúde pelo espaço.

E á todos os que torceram por mim.

EPÍGRAFE

“O fundamental é fazer cada dia alguma coisa que aperfeiçoe o que fizemos o dia anterior.”

Che Guevara.

RESUMO

O presente projeto de intervenção teve como objetivo diminuir o subdiagnóstico de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) existentes na comunidade e que não estão cadastrados e discute uma estratégia educativa desenvolvida em atendimento para esses pacientes, em especial hipertensos e/ou diabéticos, adultos e idosos de ambos os sexos da equipe de saúde da família 5 do centro de saúde de Nova Colina, Sobradinho/DF, com o objetivo de realizar ações de promoção e prevenção da saúde e atividades recreativo-educativas na comunidade, com linguagem acessível, com base no imaginário popular, para passar mensagens de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis; com tudo incentivar o indivíduo a refletir sobre seu estilo de vida cotidiana relacionado à patologia crônica, no caso específico hipertensão arterial e diabetes mellitus caracterizando-se como um instrumento de educação e saúde sobre uma perspectiva de promoção, prevenção e principalmente o controle dos agravos além de habilitar todos os profissionais da equipe para o desempenho das atividades de educação e de vigilância à saúde, dentro das especificidades de sua categoria, focalizando suas atribuições e competências na abordagem da hipertensão e do diabetes. Essas ações possibilitaram a construção do conhecimento e do autocuidado pelos participantes a troca de experiência entre os mesmos, além dos atendimentos da vivência individual das doenças pelos profissionais de saúde e logrou-se a coesão entre todas as equipes do centro de saúde.

Palavras-chaves: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Educação e Saúde.

ABSTRACT

The preset intervention project describes actions developed to decrease under diagnosis of patients with chronic diseases not transmissible existing in the community and that are not reported, and discusses an educational strategy developed in attention to these patients, particularly hypertensive and/or diabetic, adults and older adults of the both sexes of the team family health number 5 of the Health Center of Nova Colina, Sobradinho, DF, in order to carry out actions of promotions and preventions of health, and recreational-educational activities, with language accessible based on the popular imagination, to transmit messages of prevention and control of the chronic not transmissible disease, with that, encouraging the individual, to reflect on their everyday lifestyle regarding their pathology, in the specific case of arterial hypertension and diabetes mellitus. Being, characterized as an instrument of education and health in a perspective of promotion, prevention and especially the control of the complications. In addition to preparing all team professionals to perform educational activities and health surveillance. These actions allowed the acquisition of knowledge of self-care by the participants, the exchange of experience between them, in addition the care of individual experiences of diseases by health professionals, and achieving cohesion among all teams of the Health Center.

Keywords: Hypertension, Diabetes Mellitus, Education and Health.

SUMÁRIO

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	09
1.1 Introdução.....	09
1.2 Objetivo Geral.....	10
1.3Objetivos Específicos.....	11
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	12
3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26
ANEXOS.....	28

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis, também denominadas doenças crônicas degenerativas, como a hipertensão arterial essencial ou primária e o diabetes tipo 2, apresentam características comuns e são de fácil diagnóstico. Ambas apresentam um longo período assintomático, curso clínico lento, com períodos de remissão e exacerbação e podem evoluir para graus variados de incapacidade ou para a morte. Estima-se que as doenças crônicas degenerativas são responsáveis por dois milhões de mortes/ano/mundo¹⁻².

O diagnóstico precoce e o controle da hipertensão e diabetes tipo 2, reduzem complicações crônicas. A abordagem holística é o grande desafio por se tratar de agravos à saúde sem sintomas aparentes, é difícil a adesão aos hábitos de vida e alimentares saudáveis³.

No Brasil, a hipertensão é responsável por 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho. A prevenção, a detecção precoce e o tratamento sistemático da hipertensão garantem melhor qualidade de vida e evitam as complicações ou retardam a progressão daquelas já existentes¹⁻⁴.

A hipertensão arterial, a dislipidemia, a resistência à insulina, a obesidade visceral ou abdominal, constituem a síndrome metabólica (descrita em 1988) a qual é considerada um grave problema de saúde pública por ser precursora do diabetes tipo 2, reconhecido como uma das 10 principais causas de óbito no Brasil (DATASUS, 2005). Em nossa área os indicadores dessas doenças estão embaixo das médias do país acreditando que existe uma subnotificação⁵.

O Ministério da Saúde em articulação com as Sociedades Científicas de Nefrologia, Cardiologia, Hipertensão e Diabetes; as Federações Nacionais de Portadores de Hipertensão e Diabetes e as Secretarias Municipais de Saúde vem reorganizando o Plano de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes, tendo como propósito vincular os portadores desses agravos às Unidades de Saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais de atenção básica e reorganização dos serviços¹⁻⁶⁻⁷.

O interesse clínico em detectar precocemente componentes da síndrome metabólica (hipertensão arterial; resistência à insulina; dislipidemia), em população aparentemente sadia, justifica-se pela busca em traçar o perfil deste grupo populacional, em nossa região, contribuindo para o planejamento de políticas de prevenção e intervenção eficazes, que possam impedir a doença crônica e todas as suas complicações¹⁻⁸⁻⁹.

A detecção e controle de Doenças Crônicas Não Transmissíveis forma parte do “Detecção precoce de componentes da síndrome metabólica em população aparentemente sadia”, do Programa “Ação Integrada de Promoção da Saúde”. Sob a coordenação das áreas nefrologia e cardiologia do HRS. O Programa propõe uma ação que integra pesquisa, serviço de saúde e comunidade, contribuindo para a construção e fortalecimento de um modelo de promoção da saúde e prevenção de doenças. Pretende-se uma ação integrada, envolvendo profissionais e acadêmicos das ciências da saúde, humanas e da educação e integrantes do Programa Saúde da Família, objetivando investigar determinantes das condições de saúde relacionados a elementos sociais, econômicos, políticos, ambientais e culturais, além dos fatores biológicos¹⁰⁻¹¹.

A Ação Integrada inserida ao Programa Saúde da Família se aplica ao Distrito Sanitário em pauta, considerando a necessidade de ações de promoção à saúde abrangendo a área geográfica que compreende cinco micro áreas com 849 famílias cadastradas em 2014, com uma população caracterizada por disparidades sociais.

1.2 Objetivo geral

- Realizar ações de promoção da saúde com vistas à detecção, controle e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, na população vinculada à Unidade de Saúde da Família – Nova Colina, Equipe 05, Programa Saúde da Família, DF.

1.3 Objetivos Específicos

- Aumentar a pesquisa de hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras DCNT entre membros das famílias cadastradas no Programa Saúde da Família, abrangendo adultos (a partir dos 18 anos de idade) e idosos.

- Realizar atividades recreativo-educativas nas comunidades, com linguagem acessível, com base no imaginário popular, para passar mensagens de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis;
- Habilitar todos os profissionais da equipe para o desempenho das atividades de educação e de vigilância à saúde, dentro das especificidades de sua categoria, focalizando suas atribuições e competências na abordagem da hipertensão e do diabetes.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

Trata-se de um projeto de intervenção que será desenvolvido na comunidade Nova Colina. Primeiramente será feito o cadastramento de 100% da área de abrangência incluindo as micro áreas descobertas pertencentes às comunidades Nova Colina I e II, Bela Vista Serrana e Novo Setor de Mações conj.: A, B, C, D e mod.: 5, conj.: 2 e 3 nos meses abril-junho com a participação das 3 ACS diariamente e incorporação da equipe toda, nas sextas-feiras.

Serão realizadas atividades de educação continuada com todos os profissionais da equipe para o desempenho das atividades de educação e de vigilância à saúde, dentro das especificidades de sua categoria, focalizando suas atribuições e competências na abordagem da hipertensão, da diabetes e outras DCNT, em cada reunião da equipe toda quinta-feira na tarde nos meses abril-junho.

As atividades do grupo de HIPERDIA serão realizadas toda quarta-feira num período de 6 meses (abril-outubro do 2014). As oficinas serão desenvolvidas na UBS e na própria comunidade. Os participantes da intervenção serão um pequeno grupo composto por 20 pacientes portadores de hipertensão ou diabetes, 10 de cada um, adultos ou idosos, de ambos os sexos. Consideramos importante trabalhar com um grupo pequeno para facilitar a estratégia e o melhor aprendizado de cada participante.

Estas oficinas acontecerão inicialmente com uma entrevista individual durante as consultas de clínica médica ou enfermagem de acordo com o cronograma mensal de atendimento aos hipertensos e diabéticos, com objetivo de selecionar os pacientes/participantes. Nas oficinas abordaremos assuntos de alta relevância para os mesmos, controlando assim os agravos da hipertensão e da diabetes ministrados pela enfermeira, o médico e o cirurgião dentista do PSF e equipe multiprofissional que engloba educador físico, fisioterapeuta, nutricionista facilitando assim a integração paciente/profissionais.

Com isso as oficinas educativas desenvolvidas neste projeto proporcionarão a promoção e a prevenção dos hábitos saudáveis que pode gerar um ganho de mais anos de vida, prevenindo ou minimizando internações, evitando assim gastos com a saúde pública, reduzindo a morbimortalidade e, por conseguinte o aumento da

expectativa de vida. As oficinas o serão realizadas semanalmente no total de 24, e cada uma terá duração de sessenta minutos.

Os temas abordados serão específicos sobre assuntos relacionados: A atividade física e dieta equilibrada explanando a hipertensão e diabetes através de aulas expositivas direcionadas a administração correta de medicamentos, ou seja, tomadas de medicamentos no horário e dosagem correta, higiene oral e corporal, cuidados com os pés, aferição da pressão arterial diariamente ou quando possível, ilustração de pacientes com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), DM; utilizando filmes e DVD's, espaço e ambiente adequado para atividades físicas, equipe Saúde da Família e equipe multiprofissional favorecendo uma melhor qualidade de vida.

Sabendo-se do possível impacto da realização das oficinas que provavelmente irão contribuir para proporcionar uma mudança significativa na qualidade de vida dos portadores de hipertensão e diabetes, a autora deste estudo depois de conduzir as ações planejadas poderá analisar e avaliar os pontos positivos e negativos verificando se seus reais objetivos foram satisfatórios para os pacientes envolvidos.

Espera-se contribuir com auto-reflexão sobre os temas e com a identificação das sensibilizações das informações adquiridas através: do autocuidado, mudança das dietas alimentares na qualidade e quantidade corretas, administração dos medicamentos prescritos sobre orientação médica na hora e na dosagem certa, na atividade física adequada para o seu corpo levando em consideração a frequência e avaliação médica e permanente acompanhamento do projeto de intervenção, da execução das ações, da avaliação dos resultados e aperfeiçoamento das estratégias adotadas quando necessária. O projeto será avaliado pela autora e equipe de saúde responsável pelas atividades executadas a cada trimestre.

Atividades recreativo-educativas na comunidade (Dia D) serão efetuadas mensalmente (abril-outubro de 2014), total 7, uma mensal, envolvendo os pacientes de todas as equipes.

Para obter os dados utilizaremos: Sistema de Informações em Saúde-SIAB, Análise da Situação de Saúde da Equipe 05 do CSS 1 Nova Colina. Sobradinho/DF, consulta aos prontuários dos pacientes, ficha A (Cadastro da Família), Entrevistas. (Questionário) Anexo 1.

Cronograma das atividades

Atividade	Participantes	Responsável	Data de cumprimento
Recadastrar AL 100% da população da área de abrangência	Equipe de Saúde da Família (ESF).	Chefa da Equipe	2 meses (abril/junho)
Pesquisa ativa de hipertensão arterial, da população maior de 18 anos, pelo menos, uma vez ao ano,	ESF, população	Médico e enfermeira	Permanente
Atividades de educação continuada aos ACS no desempenho das atividades de educação e de vigilância à saúde na prevenção e manejo das DCNT:	ESF	Médico e enfermeira	Toda quinta feira na tarde em cada reunião da ESF. Dois meses (abril-junho).
Realizar consultas nutricionais para avaliação e orientação nutricional dos pacientes com DCNT's do grupo escolhido e acompanhamento periódico dos mesmos, a fim de auxiliar no controle de peso, hipertensão arterial, glicemia e dislipidemias através de orientação nutricional.	ESF, Grupo HIP-DIA, Nutricionista do NASF	Médico e enfermeira	De três em três meses(duas vezes em 6 meses, abril - outubro)
Divulgar informações sobre alimentação saudável, atividade física e seus benefícios, mudanças do estilo de vida, malefícios do tabaco e suas consequências e benefícios da cessação do fumo, reduzir o consumo de álcool através de mensagens, faixas, vinhetas, folhetos, panfletos, cartazes, e outros.	ESF, Grupo de HIP-DIA	Médico e enfermeira	Em cada reunião do grupo (quartas-feiras)
Realizar grupos de caminhadas,alongamento e automassagem de 3 a 5 vezes por semana aumentando	ESF, educadores físicos, Grupo HIP-DIA	ACS.	Semanal

gradativamente, durante pelo menos 30 minutos.			
Incentivar e conscientizar os portadores de doenças crônicas quanto a importância da atividade física e alimentação saudável através dos Agentes Comunitários de Saúde por meio de palestras educativas, visitas domiciliares e reuniões de grupo	ESF, Grupo HIP-DIA	ESF.	Nas atividades grupais, consultas médicas e visitas domiciliares.
Realizar mensalmente o “DIA D”, um movimento especial com atividades diversas (gincanas, passeios, etc.) com os pacientes do grupo, podendo serem incorporados outros grupos	ESF, educadores físicos, Grupos de HIP-DIA e resto da população.	ACS	Mensal
Realizar ações pontuais comemorativas nas datas relativas ao assunto ABRIL : Dia Mundial do Combate e Controle da Hipertensão Arterial Dia Mundial da Atividade Física Dia Mundial da Saúde MAIO: Dia Mundial sem Tabaco JUNHO: Dia Nacional de Controle da Diabetes JULHO: Dia Nacional do Controle do Colesterol AGOSTO: Dia Nacional do Combate ao Fumo Agita Galera SETEMBRO: Dia do Idoso Semana do Coração OUTUBRO: Dia Nacional de Combate a Obesidade Dia Mundial da Alimentação NOVEMBRO: Dia Mundial do Controle da Diabetes	ESF, Grupos e População.	Médico e enfermeira	Datas relativas.

Dia Nacional do Combate ao Câncer			
Os pacientes com DCNT realizaram consultas periódicas com médico para avaliação, acompanhamento e prescrições de medicação e exames laboratoriais.	Médico, pacientes do grupo.	Médico e Enfermeira	Trimestral
Os exames laboratoriais serão realizados trimestralmente a fim de verificar a mudanças nos níveis de glicose, colesterol, triglicérides e outros que sejam necessários.	Médico, enfermeira, técnicos, pacientes do grupo.	Medico e enfermeira	Trimestral

4 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O Projeto de Intervenção começou no mês de abril de 2014 numa reunião da Equipe onde semanalmente analisam-se os temas do curso de especialização em APS da semana em questão, depois de abordar o objetivo do Projeto, diante uma chuva de ideias surgiram às propostas para a implementação do mesmo (Figura 1).

Nesse mesmo mês iniciou-se o cadastramento da área, foi feita a escolha dos pacientes para integrar o grupo e comenzo o adestramento das ACS e Técnicas de enfermagens nos cuidados e orientações aos pacientes com DCNT, também iniciaram um curso de automassagem promovido pela Regional de Saúde do município.

Figura 1:Primeira reunião da equipe.



Fonte: Própria

Aplicou-se um questionário aos pacientes a serem escolhidos, foi feito o exame físico e indicamos exames caso de ter com mais de 6 meses. Não se conseguiu que os pacientes foram avaliados pela nutricionista. Houve a presença do educador físico em alguns dos encontros (Figura 2 , 3, 4).

Figura 2: Exame Físico aos participantes.



Fonte: Própria

Figura 3. Atividade com o Educador Físico.



Fonte: Própria
Figura 4. Atividade com o Educador Físico.



Fonte: Própria

Na medida em que os encontros se sucediam, foram-se introduzindo-nos mesmos, atividades físicas, caminhadas, alongamentos, automassagens e posteriormente aconteciam as rodas de conversas. Toda atividade grupal iniciava com medição dos sinais vitais e glicemia caso dos diabéticos, posteriormente um lanche (figuras: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Figura 5. Aferição da Glicemia capilar.



Fonte: Própria

Figura 6. Palestra educativa feita pela Enfermeira.



Fonte: Própria

Figura 7. Lanche.



Fonte: Própria

Figura 8. Dinâmica feita pela ACS.



Fonte: Própria

Figura 9. Roda de conversa.



Fonte: Própria

Figura 10. Automassagem.



Fonte: Própria

Figura 11 Automassagem.



Fonte: Própria

Foram feitas novas avaliações físicas dos pacientes nos meses de julho e outubro, mês em que concluiu o projeto, incluindo exames laboratoriais, resultou muito difícil obter os resultados dos exames, pois nossa unidade não está informatizada, os do mês de outubro quase se acabou de obter e procurando no Hospital Regional de Sobradinho (HRS) mesmo, pois a internet da unidade que nos

imprimia foi cortada, os dados foram anexados aos questionários e plasmados nos prontuários dos pacientes. Casos necessáriosse reajustaram tratamentos.

Efetuaram-se7 atividades na comunidade (Dia D) que incluíram vários equipes (figuras 11, 12).|

Figura 12. Atividade na comunidade. Outubro. Dia da Alimentação.



Fonte: Própria

Figura 13. Atividade na Comunidade. Outubro. Dia da Alimentação.



Fonte: Própria

Não foi possível recadastrar 100% da área de abrangência (só o 60%), 3 das 5 micro áreas que temos (Gráfico 1, Anexo 2), mesmo assim conseguiu-se aumentar a quantidade de hipertensos e diabéticos (Gráfico 2) aproximando as cifras as médias estimadas pela OPS para países desenvolvidos (10). As porcentagens de HAS e DIA foram calculados baseados na população maior de 18 anos e a ASM baseado na população total.

Dos 20 pacientes que iniciaram o projeto, 12 mulheres e 8 homens, só 16 concluíram o estudo (3 hipertensos e 1 diabético), as causas do abandono foram, mudança da área, cuidados dum familiar doente, queda com fratura umeral, reincorporação ao trabalho.

Oito pacientes conseguiram a redução do peso corporal (Tabela 1, Anexo 4)

Nos 13 pacientes com colesterol e triglicérides elevados houve uma diminuição do valor dos mesmos.

Os diabéticos conseguiram diminuir as cifras de glicemia de jejum, e os hipertensos o controle das cifras de PA pelo que foi necessário reajustar o tratamento dos mesmos. Pelo que consideramos o Projeto de grande utilidade no controle das doenças dos pacientes que participaram.

Foi de grande utilidade o treino das técnicas de enfermagens e as Agentes comunitárias de saúde (ACS) principalmente na área das praticas integrativas em saúde, só uma das 3 ACS, não concluiu o treino e o estudo por motivos de saúde.

Contribuiu á coesão e trabalho conjunto de todas as Equipes de Saúde da Família (5) que integram a Unidade Básica de Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se concluir que o Projeto alcançou os objetivos propostos. Foi possível realizar as ações de saúde planejadas para a detecção, controle e prevenção das DCNT, embora sem conseguir a participação da nutricionista nem da fisioterapeuta.

As atividades educativas possibilitaram a construção do conhecimento do grupo sobre os fatores de risco de descompensação de suas patologias facilitando a adesão ao tratamento e a consequente redução dos medicamentos para o adequado controle.

Conseguiu-se a implantação de hábitos de vida saudáveis desde o ponto de vista alimentar e a prática de atividade física conseguindo reduzir as taxas sanguíneas de lipídios e o peso corporal de muitos dos participantes.

Houve dificuldades com a chegada dos resultados dos exames laboratoriais.

Dos objetivos específicos, mesmo sem lograr cadastrar ao 100% da área de abrangência conseguiu-se aumentar os indicadores de DCNT, aproximando-se as cifras as médias estimadas pela OPS para países desenvolvidos.

Efetuamos efetuar atividades na comunidade celebrando o dia D e logrando envolver a totalidade das equipes.

Foi possível a capacitação das técnicas de enfermagem e as ACS para o desempenho das atividades de educação e vigilância em saúde (só uma das ACS, não pôde terminar a capacitação) o que foi de grande utilidade no desenvolvimento do projeto.

O projeto continuará sendo realizado, pois, o cadastro continuará até conseguir o 100% da área de abrangência e com a proposta inicial, as atividades grupais acontecerão toda quarta-feira de manhã com uma frequência mensal para cada uma das 3 micro-áreas cadastradas e nas micro-áreas sem cadastrar na última quarta-feira do mês, envolvendo ao total dos pacientes com DCNT.

Propõe-se continuar desenvolvendo o dia D, com a participação de todas as equipes de saúde e a superação profissional (educação continuada) de todos os membros da ESF.

REFERÊNCIAS

1. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (I). Hipertensão, 2004, vol7, nº 4 , 162p.Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão (<http://www.sbh.org.br>)
2. Ford Es, Giles Wh. A comparison of the prevalence of the metabolic syndrome using two proposed definitions. Diabetes Care, 2003, v. 26, p. 575 – 581. DiabetesJornal.Org. Acesso em: diabetescare.diabetes.org.
3. Haffner S, Taegtmeyer H. Epidemic obesity and the metabolic syndrome. Circulation, 2003, v.108, p. 1541 – 1543. Journal of the American Heart Association. Acesso em: <http://cir.ahajournals.org/cgi/content/full/108/1541>.
4. Michaela Moadan, Hilel Halkin, Shiomu Almog, Ayala Lusky, Aliza Eshkol, Angela Shitrit And Zahava Fuchs. Hyperinsulinemia. J. Clin. Invest, 1985, vol 75, p 809 -817. Acesso em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3884667
5. Reaven G. Role of insulin resistance in human disease. Diabetes, 1988; 37: 1595-1607. Acesso em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3056758
6. RICHARDSON, ROBERTO JARRY. Pesquisa social: métodos e técnicas, 3ª edição. Revista e Ampliada. São Paulo; Atlas, 1999. Acesso em: <http://es.scribd.com/doc/226198537/01-Richardson-Pesquisa-Social-MC-todos-e-TC-nicas-pdf-PdfCompressor-643562>
7. Síndrome Metabólica. Nutrição profissional, 2006, número 5, 66p. Acesso em: <http://www.fapam.edu.br/revista/volume1/u%20Eliane%20355-366.pdf>
8. Teodósio Marta Regueira, Clara C De Freitas, Naíde T Valois Santos E Eliane M C De Oliveira. Hipertensão na mulher: estudo em mães de escolares de Jaboatão dos Guararapes, Pernambuco - Brasil. Revista da Associação Médica Brasileira, ISSN 0104 – 4230, 2004, vol50, nº2, p 158 - 162 .Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200031
9. Teodósio MR, Victor EG, Santos NTV, Cabral JE. Hipertensão em grupos especiais: estudo em populações aparentemente saudáveis. Hipertensão, ISSN 1809-4260, 2007, Suplemento p41. Acesso em: <https://www.ufpe.br/proext/images/documentos/bex2005-2006/hipertensao.pdf>
10. Cad. Saúde Pública vol.20suppl.2 Rio de Janeiro 2004. Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000800004&script=sci_arttext

11. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia para a Prevenção e o Controle de Doenças Não Transmissíveis [Internet]. 28ª Conferência Sanitária Pan-Americana, 64ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 17 a 21 de setembro de 2012; Washington (DC), EUA: OPAS; 2012 (Documento CSP28/9, Rev. 1) [cit. 1º fev. 2013]. Disponível em: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18702&Itemid=270&lang=pt

ANEXO 1 - QUESTIONARIO

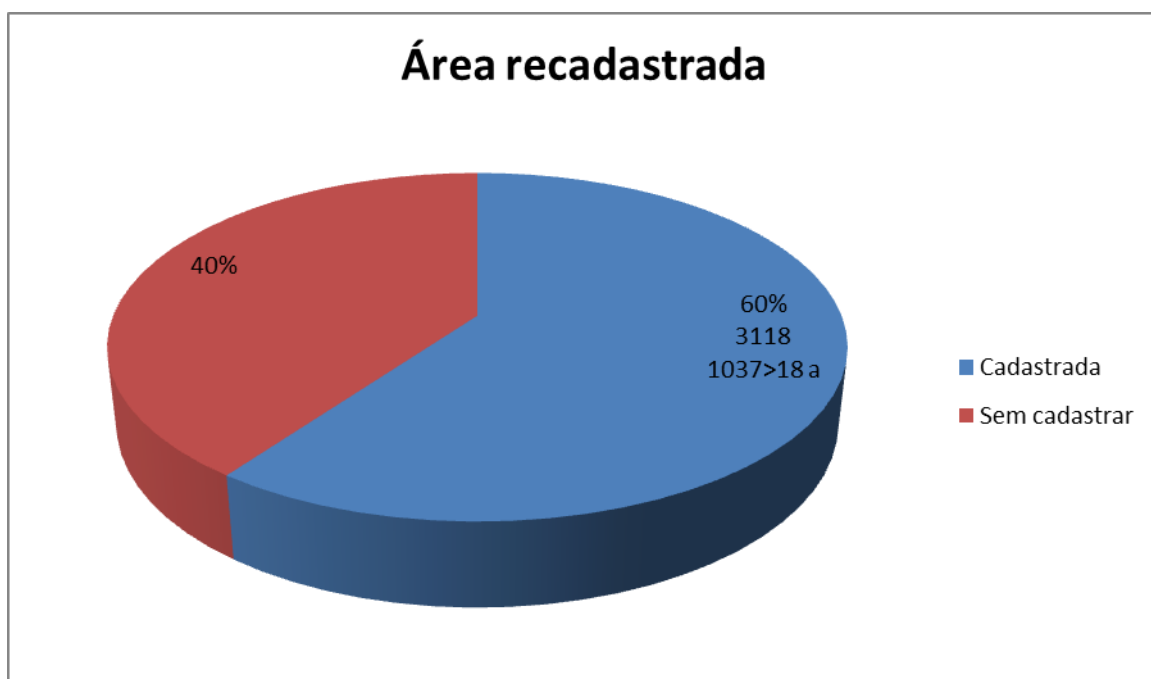
1. Nome:_____
2. Endereço:_____
3. Data de nascimento:____/____/____
4. Peso: _____kg 5. Altura: _____ 6. IMC _____
7. Circunferência abdominal:_____
8. Sexo: () M () F 8. P.A:_____ 9. Última glicemia capilar:_____
10. Outros exames/Quais:_____
11. Data da última consulta médica/enfermagem:____/____/____
12. Fumante: () Sim () Não 13. Usuário de álcool: () Sim () Não
14. Escolaridade:
() Analfabeto () Ensino fundamental () Ensino médio () Ensino superior
15. Ocupação:_____
16. Estado civil: () Solteiro () Casado () Divorciado
17. Doenças preexistentes?() Diabetes () Hipertensão () Outras:_____
18. Faz o uso de medicamentos? () Sim () Não
Quais?_____
19. Realiza alguma atividade física? () Sim () Não Quais? Caminhada ()
Dança () Ginástica()

20. Com qual frequência? () Diária () Semanal () As vezes

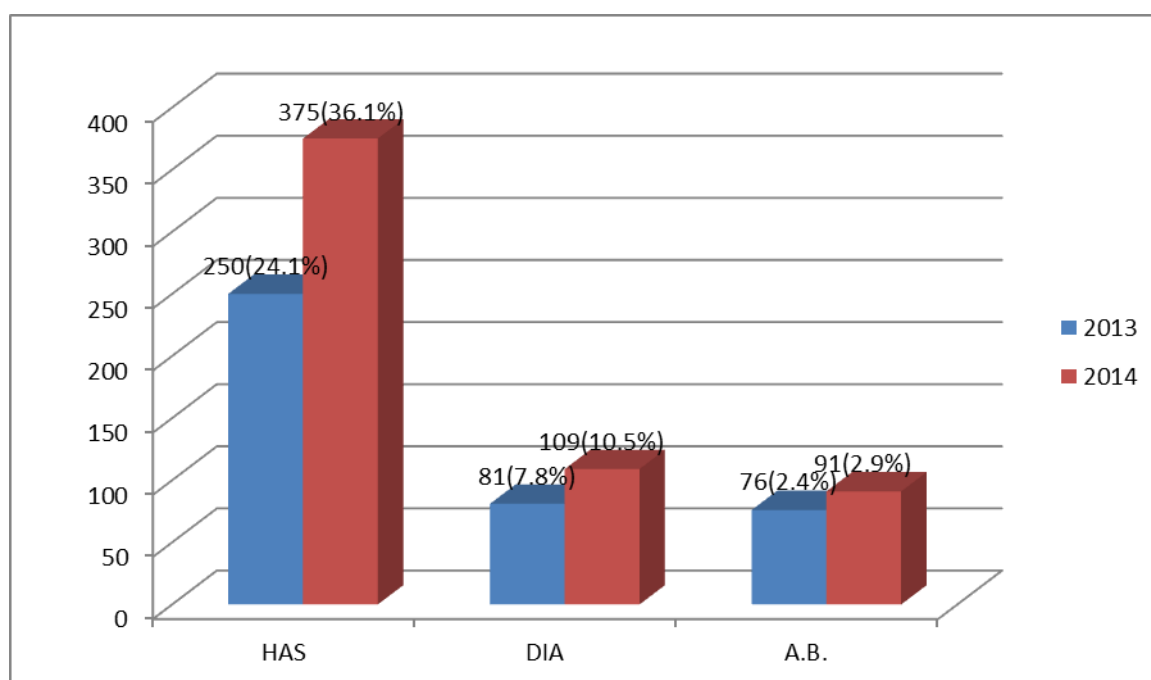
21. Tem o hábito de comer frutas e verduras? () Sim () As vezes () Não

22. Tem deficiência auditiva? () Sim () Não Visuais? () Sim () Não
Sequelas incapacitantes com dificuldades na: () Fala () Locomoção

23. Gostaria de participar do Projeto de Intervenção? () Sim () Não

ANEXO 2 - Gráfico 1. Área Cadastrada.

Fonte: Ficha A (cadastro da família).

ANEXO 3 - Gráfico2. DCNT

Fonte: Ficha A (Cadastro da família)

ANEXO 4 - Tabela 1. Peso corporal

Peso	Início		Final	
	No.	%	No.	%
Normopeso	2	9,1	4	25,0
Sobrepeso	5	31,2	10	62,5
Obesidade	9	56,2	2	12,5
Total	16	100	16	100

Fonte: Prontuários e Questionários.